

FACTORES SOCIOCULTURALES Y DEL ENTORNO QUE INFLUYEN EN LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE GESTANTES CON Y SIN OBESIDAD.

Bernarda Sánchez-Jiménez¹, Reyna Sámano-Sámano², Izmet Pinzón-Rivera³, Margie Balas-Nakash¹, Otilia Perichart-Perera⁴

¹ Subdirección de Investigación en Salud Pública. Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes” (México, D. F); ² Departamento de Investigación en Nutrición. Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes” (México, D. F); ³ Universidad Iberoamericana, Plantel Santa Fé, (México, D. F); ⁴ Coordinación de la Maestría en Nutrición Clínica, Subdirección de Investigación en Salud Pública. Instituto Nacional de Perinatología

E-mail: o.perichart@servidor.inper.edu.mx



Introducción

La obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en todo el mundo hay mil millones de adultos que presentan sobrepeso (índice de masa corporal (IMC) >25) y unos 300 millones son considerados obesos (IMC > 30).⁽¹⁾ El sobrepeso y la obesidad se asocian con numerosas comorbilidades de gran importancia para la salud pública, como son la hipertensión arterial, diabetes, enfermedad cardiovascular, la depresión

y el cáncer de mama, entre otras.^(2,3) La disminución en la productividad y la calidad de vida, que resultan del sobrepeso y la obesidad, están relacionadas con mayores costos médicos, psicológicos y sociales.

Méjico se encuentra en una transición epidemiológica y nutricional que se caracteriza por un incremento de la obesidad y de enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la nutrición.⁽⁴⁾ La prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres en edad reproductiva (mayores de 20 años de edad) es de 71.9%;⁽⁵⁾ esta creciente prevalencia es un gran problema de salud pública, dado que durante la gestación la obesidad produce varias alteraciones fisiológicas, donde se ven comprometidos el sistema respiratorio, el cardiovascular y el gastrointestinal de la mujer⁽⁶⁾; asimismo, se presentan complicaciones obstétricas como abortos espontáneos, diabetes gestacional, preeclampsia, parto pretérmino y mayor número de cesáreas. La obesidad durante el embarazo también conlleva riesgos neonatales y fetales como la prematuridad, macrosomía, defectos al nacimiento, malformaciones genéticas y muerte fetal⁽⁷⁾.

Por otra parte, la alimentación considerada como una actividad no sólo biológica, nutricional y médica, es un fenómeno social, psicológico, económico, simbólico, religioso y cultural⁽⁸⁾. El conocer las formas de obtención y distribución de los alimentos, así como las prácticas de preparación y consumo de los mismos, los hábitos de consumo y las creencias, los motivadores y las barreras ante la alimentación, puede brindar información útil para dar recomendaciones individuales a la mujer que pudieran ayudar a promover cambios de conducta durante el embarazo.

Esto es importante para lograr que las mujeres lleven una alimentación más saludable durante el embarazo y que los cambios de conducta perduren en etapas posteriores de la vida.

Para ello, es indispensable el trabajo de un equipo interdisciplinario de salud, que informe, oriente y motive a la gestante sobre la importancia de una buena alimentación para ella y su recién nacido. En el Instituto Nacional de Perinatología (INPerIER) más del 80% de las embarazadas tienen sobrepeso u obesidad (9), siendo la preeclampsia y la diabetes gestacional problemas muy frecuentes en ellas, sin embargo, no existen programas institucionales dirigidos a promover un estilo de vida saludable para este grupo de pacientes. En este estudio se pretende identificar y describir los factores socioculturales y del entorno que afectan las prácticas alimentarias de un grupo de gestantes mexicanas con peso normal y con sobrepeso u obesidad.

Material y Métodos

Este es un estudio transversal descriptivo, realizado durante el 2009 en el INPerIER, perteneciente a la Secretaría de Salud, que atiende a mujeres no derechohabientes a ninguna institución de salud. Se invitó a todas las gestantes que asistieron por primera vez a la consulta externa prenatal del INPerIER, en un periodo de tres meses -marzo a mayo- y que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: tener de 18 a 45 años de edad, que supieran leer y escribir, radicaran en el área metropolitana y que aceptaran participar informada y libremente al estudio. La selección de la muestra fue intencional, consecutiva y autoseleccionada a través del consentimiento informado verbal, por no existir ningún riesgo para ellas. El proyecto general fue aprobado por los Comités de Investigación y Bioética en Investigación del INPerIER.

A todas las gestantes seleccionadas se les preguntó su peso pregestacional para poder calcular el IMC pregestacional. Las gestantes fueron divididas en dos grupos de acuerdo a los criterios de clasificación de la obesidad propuestos por la OMS (10): Los dos grupos quedaron conformados por las gestantes con peso normal (IMC 18.5 a 24.99kg/m²) y las embarazadas con sobrepeso u obesidad (IMC ≥25 kg/m²).

A ambos grupos de gestantes se les aplicó un cuestionario. Para la estandarización del personal, se efectuaron reuniones de grupo en donde se consideró tanto la técnica de la invitación, como la forma de registro de la información (llenado de los cuestionarios). En una segunda etapa y como parte de la validez de apariencia, se probaron los cuestionarios con mujeres asistentes a la consulta externa del Instituto. Se integraron las encuestadoras para realizar las entrevistas, verificando posteriormente la información y los errores presentados en el interrogatorio, realizando alguna modificación pertinente. Por otro lado, el cuestionario fue revisado por expertos en el área, quienes emitieron su juicio sobre los ítems que conformaron el instrumento.

Los cuestionarios fueron aplicados por una Lic. en Enfermería y obstetricia, con apoyo de dos pasantes de la Lic. en Nutrición. Mismo que incluyó cuatro apartados:

- A. Datos socio-demográficos - edad, escolaridad, ocupación, horas que trabaja fuera de casa, nivel socioeconómico, estado civil, tipo de hogar.
- B. Antecedentes obstétricos - número de gestaciones, partos, cesárea, abortos, óbitos, hijos vivos y edad de los mismos.
- C. Datos del embarazo actual - fecha última menstruación, edad gestacional, peso pregestacional y actual, estatura y morbilidad al ingreso.
- D. Contenidos temáticos (21 preguntas) en donde se abordó: a) Auto-percepción de su imagen corporal, b)Prácticas de alimentación y ejercicio físico, c)Frecuencia de consumo de diferentes grupos de alimentos, d)Influencia externa sobre su alimentación y e)Fuentes de información, disponibilidad y acceso a los alimentos. La mayor parte de las preguntas fueron de opción múltiple o dicotómicas. Se consultó el expediente clínico a fin de verificar los diagnósticos médicos de ingreso de las pacientes.

La información obtenida fue capturada en una base diseñada para el estudio y los datos se analizaron en el paquete estadístico SPSS 14.0 para Windows. Se calcularon medidas de dispersión y tendencia central, Chi² de Pearson para variables categóricas y T de Student para comparar medias. Se consideró una diferencia significativa cuando existió un valor de p<0.05.

Resultados

De las 330 gestantes que se invitaron a participar, 301 gestantes fueron evaluadas ya que 29 cuestionarios estuvieron incompletos o las respuestas fueron no válidas.

En la Tabla 1 se presentan las características socio-demográficas de las gestantes, divididas de acuerdo al grado de obesidad. Se puede observar que un mayor número de gestantes con peso normal estudiaron la preparatoria o alguna carrera (98 vs 73, p=0.013); además, estas mismas gestantes reportaron más frecuentemente ser primigestas en comparación con las gestantes con sobrepeso u obesidad (65 vs 34, p=0.001). Al analizar otros datos, la principal causa de ingreso de las gestantes al Instituto, independientemente de la gestación, fue contar con alguna enfermedad de base (30%), es decir, el tener antecedentes patológicos (factor RH negativo, problemas de corazón, asma, entre otros) incluyendo hipertensión, problema de tiroides, diabetes mellitus. En segundo lugar (28%) fueron las causas obstétricas (amenaza de aborto, pérdidas gestacionales, antecedentes de preeclampsia, cesáreas previas polihidramnios y oligohidramnios); seguida de las causas fetales (malformaciones) (9%), edad materna avanzada (9%) y de causas ginecológicas (miomas y quistes de ovario) (6%). El motivo de ingreso no fue diferente por grado de obesidad (p>0.50). Más de la mitad de las participantes (57%) pertenecían a un nivel socioeconómico bajo (menor o igual a un salario mínimo) y 43% a un nivel medio (igual o menor a dos salarios mínimos).

Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes, divididas por categoría de peso.

	n=301	INPerIER		
	Total (n=301)	Peso normal (n=153)	Sobrepeso u obesidad (n=148)	Valor de p
Edad (años)^a	29.2±6.8	27.4±6.6	31±6.5	0.852
Semanas de gestación^a	18.1±7.1	19.1±6.8	16.5±6.5	0.651
Escolaridad^b				0.013*
≤ Secundaria	130 (43)	55 (42)	75 (58)	
≥ Preparatoria	171 (57)	98 (57)	73 (43)	
Estado civil^b				0.066
unidas	211 (71)	100 (47)	112 (53)	
no unidas	89 (29)	53 (60)	36 (40)	
Ocupación^b				0.636
No remunerada	248 (82)	124 (50)	124 (50)	

remunerada	53 (18)	29 (55)	24 (45)	
Nivel socioeconómico^b				0.895
Bajo	173 (57)	89 (51)	84 (49)	
Medio	128 (43)	64 (50)	64 (50)	
Tipo de familia^b				0.066
Nuclear	168 (56)	77 (46)	91 (54)	
Extensa	133 (44)	76 (57)	57 (43)	
Gestaciones^b				0.001*
primigesta	98 (33)	65 (65)	34 (35)	
multigesta	302 (67)	89 (44)	114 (56)	

^a Media±DE analizado con la prueba de t-Student

^b n (%) analizado con la prueba de X²

*p<0.05

El 48% de las gestantes percibían sentirse inconformes con su peso corporal actual, independientemente de su peso corporal. Sin embargo, al dividir a las gestantes por grupo de edad (18-29 vs 30-45), se encontró que las gestantes de más de 30 años con sobrepeso u obesidad presentaron una mayor inconformidad con su peso que las gestantes de la misma edad pero con peso normal (42 vs 14%, p=0.001). Se encontró que el 34% de las gestantes habían realizado algún tratamiento para bajar de peso antes del embarazo independientemente de la presencia de obesidad. Los principales tratamientos usados fueron: restricción de alimentos por iniciativa de la misma paciente (47%), el seguimiento de una dieta recomendada por un nutriólogo o médico (23%) o algún otro método (30%) (ingerir pastillas, gotas, acupuntura, etc). Estos tratamientos fueron recomendadas en primer lugar, por personal de salud (36%), seguido por las propias gestantes (26%) y recomendaciones por parte de amigos y familiares (21% y 16%, respectivamente).

Al analizar la auto-percepción de la alimentación por parte de las gestantes, se encontró que sólo el 5% percibió que su alimentación era mala, el 54% regular y el 41% buena o excelente. Una mayor proporción de gestantes con peso normal reportaron tener una alimentación buena o excelente en comparación con las gestantes con sobrepeso u obesidad (61% vs 39%, p=0.004) independientemente del nivel socioeconómico.

Los conocimientos y creencias que tienen las gestantes sobre la alimentación durante el embarazo se presentan en la Tabla 2. La mayoría de las gestantes (95-97%) consideraron el sobrepeso u obesidad como factor de riesgo para presentar diabetes, infarto y/o hipertensión arterial. La mitad de las embarazadas pensó que no deben comer productos light (queso o leche descremados) y más de la mitad tuvo la creencia de que los refrescos de dieta engordan más que los azucarados. Un 34% de las gestantes consideró que existen alimentos prohibidos durante el embarazo y en mayor proporción (53%) durante la lactancia, entre los mencionados figuraron el café, chile, alcohol y tabaco. Una mayor proporción de embarazadas con sobrepeso u obesidad reportaron que “para bajar de peso, lo más

importante es disminuir lo que como y aumentar la actividad física”, así como “durante mi embarazo puedo comer lo que yo quiera, hay que comer por dos” comparadas con las gestantes de peso normal ($p=0.011$ y 0.018 , respectivamente). No hubo diferencia por categoría de peso en ninguna de las otras creencias. La información que tienen las embarazadas sobre dietas y alimentación, independientemente del grado de obesidad, la obtienen principalmente de la propia familia (14%) y del personal de salud (13%). Otras de las fuentes de información reportadas fueron la familia en conjunto con televisión (5%), familia y revistas (4%), revistas junto con televisión (3%). Por otra parte, se analizó cómo y quién influía en la alimentación de la gestante, el 88% reportó recibir una influencia positiva (*ánimo para que comiera más, le insistían, la motivaron*) por parte de su pareja y/o madre. Al indagar qué tanto su familia o personas cercanas le criticaban negativamente su peso corporal y/o alimentación se encontró que solo el 27% de las gestantes recibió críticas por parte de sus familiares.

Tabla 2. Conocimientos y creencias que tienen las gestantes sobre la alimentación durante el embarazo, divididos por categoría de peso.

	n=301		INPerIER		Valor de p ^a
	Total Fx.	Peso normal Fx. %	Sobrepeso u obesidad Fx. %		
Si tengo sobrepeso antes de embarazarme, es necesario bajar peso durante embarazo	152 (50)	79 (52)	73 (48)		0.732
El sobrepeso y la obesidad se relacionan con el riesgo de diabetes	291 (97)	147 (51)	144 (49)		0.555
Si tengo sobrepeso u obesidad me puede dar un infarto	293 (97)	148 (51)	145 (49)		0.503
El sobrepeso y la obesidad se asocian con la hipertensión	287 (95)	146 (51)	141 (49)		0.949
Durante mi embarazo no puedo comer productos Light (ejemplo: leche o queso)	144 (48)	69 (48)	75 (52)		0.300
Los refrescos de dieta engordan más que los normales, pues saben más dulces	200 (66)	102 (51)	98 (49)		0.941
Para bajar peso, lo importante es disminuir lo que como y aumentar mi actividad física	178 (59)	80 (45)	98 (55)		0.011*
Durante mi embarazo puedo comer lo que yo quiera, hay que comer por dos	264 (88)	128 (48)	136 (52)		0.018*
Existen alimentos prohibidos durante el embarazo	102 (34)	51 (50)	51 (50)		0.967
Existen alimentos prohibidos durante la lactancia	161 (53)	82 (51)	79 (49)		0.823
Las frutas no deben combinarse	233 (77)	123 (53)	110 (47)		0.208

^a n (%) analizado con la prueba de χ^2

* $p<0.05$

La muestra varía por pregunta, porque se tomaron solo las respuestas correctas.

Con relación a su alimentación, se encontró que el 30% de las pacientes omitían un tiempo de comida de dos a tres veces por semana, seguida de aquéllas que lo hacían sólo una vez a la semana (28%). Con relación a la frecuencia

de consumo de alimentos por grupos se observó que el 78% de las gestantes consumen diariamente cereales (tortilla, arroz, panes, pasta, etc), el 72% incluye frutas, el 70% incluye verduras y el 61% productos de origen animal (huevo, pollo, res, pescado, leche y queso). Sólo el 24% de las gestantes comió diariamente leguminosas (lentejas, garbanzos, habas y frijoles). Al analizar el consumo semanal de algunos grupos de alimentos se encontró que el 42% de las participantes consumió alimentos del grupo de los cereales con grasa (pan dulce, galletas, tamales, hot-cakes, etc) el 37% alimentos con grasa de origen animal (manteca, mantequilla, crema, chorizo, tocino) y el 35% algún alimento del grupo de azúcares (miel, mermelada, chocolate, refrescos, nieves, dulce). El consumo de estos grupos de alimentos no fue diferente entre las gestantes con peso normal y las de sobrepeso u obesidad.

Además se halló que el 98% de las participantes consideraba que las frutas y verduras se deben comer diariamente y no obstante, sólo el 75% dijo consumirlas con esa periodicidad. En este mismo sentido, el 24% de las participantes no comían verduras habitualmente y sus razones para ello fueron: *que no las acostumbraban desde su infancia* (28%), *que no se acostumbran en su casa actualmente* (25%) y *que su sabor es desagradable* (17%) entre otras causas. Con la finalidad de saber qué bebidas prefieren las gestantes se les preguntó acerca de cuántas tazas o vasos tomaban de diferentes tipos de bebida. En todas las embarazadas el consumo de leche predominó, seguida por el de agua natural y jugos. La ingestión de leche fue frecuente, ya que el 72% de las gestantes reportó consumirla con una periodicidad de 1 a 2 vasos al día. El 54% de las embarazadas reportó consumir de 1 a 2 vasos al día de jugos y/o refrescos. El consumo de 1 a 2 tazas de café/día fue reportado en el 25% de las gestantes y el consumo de más de 3 tazas fue reportado sólo en el 4% de las participantes. El 90% de las embarazadas reportó consumir agua natural/día; de ellas el 48% bebe 1 litro o más. El consumo de alcohol fue negado en el 100% de las encuestadas. No se encontraron diferencias en el consumo reportado de bebidas azucaradas y/o jugos ni en el grupo de azúcares por presencia de obesidad.

Con relación al lugar de compra de los alimentos para preparar su comida, se encontró que la mitad de las gestantes (52%) refirió al mercado de la colonia como su lugar de preferencia; casi una tercera parte (30%) reportó realizar sus compras en el tianguis y sólo el 15% en el supermercado. Al analizar estos datos por categoría de peso, se encontró que no existieron diferencias en cuanto al lugar de compra de los alimentos entre las gestantes de peso normal y aquéllas con sobrepeso u obesidad.

Al analizar el lugar donde comen diario las gestantes se observó que, independientemente del peso corporal, el 80% de las embarazadas comen algunas veces fuera de casa. Entre los principales lugares citados para comer fuera de casa, se mencionan las cocinas económicas (66%), los puestos ambulantes (16%), establecimientos de comida rápida (Mc Donalds, Kentucky, etc) (12%) y por último algún restaurante o cafetería (4%). Las causas para que las gestantes no realicen cambios en su alimentación diaria se muestran en la Tabla 3, la principal razón reportada fue *no tener fuerza de voluntad*, seguida de que *no le agradan los alimentos o las preparaciones*. Los motivos no fueron diferentes entre las gestantes con peso normal y las de sobrepeso u obesidad ($p>0.303$).

Tabla 3. Razones por las cuales las gestantes no realizan cambios en su alimentación, divididas por categoría de peso.

n=301 INPerIER

	Total Fx.	% Peso normal Fx.	% Sobre peso u obesidad Fx.	% Valor de p ^a
No tener fuerza de voluntad	66 (22)	36 (55)	30 (45)	0.574
No le agradan algunos alimentos	55 (18)	31 (56)	24 (44)	0.541
La preparación de los alimentos	46 (15)	24 (52)	22 (48)	0.981
No tener dinero	37 (12)	21 (57)	16 (43)	0.609
Fuerza de voluntad + no tener dinero	13 (5)	4 (31)	9 (69)	0.891
Otras combinaciones	84 (28)	37 (44)	47 (56)	0.303

^a n (%) analizado con la prueba de X²

Discusión

La obesidad durante el embarazo es un problema de salud pública ya que aumenta los riesgos obstétricos y neonatales (11,12). En esta investigación, casi la mitad de la población estudiada tuvo sobrepeso y obesidad pregestacional (49%), lo cual ya había sido reportado anteriormente en la población del INPerER (13). Se encontró que las multigestas presentaron una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad; lo que concuerda con los datos de un estudio en mexicanas en donde se encontró que a mayor número de hijos, mayor es el riesgo de presentar sobrepeso u obesidad (14). Además, cerca de la mitad de las participantes estudiadas tenían un nivel académico mayor o igual a preparatoria. En este estudio se comprueba lo que se ha reportado en otros estudios, que a mayor nivel de educación menor prevalencia de sobrepeso y obesidad (15,16).

En el estado de Morelos, se encontró que las mujeres de mayor edad refieren estar más inconformes con su peso, lo cual es similar a los resultados de este estudio, en donde las embarazadas de mayor edad con sobrepeso u obesidad, refirieron sentirse más inconformes con su peso que las mujeres de peso normal. Una tercera parte de las gestantes habían realizado algún tipo de tratamiento para bajar de peso antes del embarazo; una proporción menor a lo reportado en las mujeres entrevistadas en Morelos. En ambos estudios, la restricción de alimentos recomendado por ellas mismas predominó (17).

Las mujeres estudiadas tuvieron un nivel socioeconómico medio-bajo y bajo (menor o igual a dos salarios mínimos) y un poco menos de la mitad vivían insertas dentro de familias extensas; además, una gran parte de las gestantes tuvieron una influencia positiva por parte de su familia. Una de las características de las familias mexicanas tanto rurales como urbanas es vivir en familia extensa. Varios estudios han reportado que una de las ventajas al permanecer dentro una familia extensa es el contar con los diferentes apoyos y ayuda, independientemente de que de su estado civil (18,19). Este aspecto debe ser considerado como una ventaja a la hora de desarrollar estrategias educativas para las mujeres, ya que se puede utilizar a la familia como un núcleo de apoyo. En México, el embarazo se considera como una etapa de vulnerabilidad, en donde las madres y abuelas son las encargadas de aconsejar a la mujer durante esta etapa (20).

Cuando se analizaron los conocimientos y creencias durante esta etapa de gestación, se encontró que la mayoría de las mujeres reconocen que el sobrepeso y la obesidad se relacionan con un mayor riesgo de diabetes, infarto, hipertensión y otras enfermedades; pero existen algunas de estas creencias que son erróneas y pudieran tener efectos negativos en la salud. Ideas como bajar de peso durante el embarazo, que existen alimentos prohibidos durante la gestación y la lactancia o que durante el embarazo no deben consumir leche o quesos light, pueden impedir que los mensajes del profesional de la salud tengan un efecto. Idea que se reforzó por el hallazgo de que la información sobre alimentación es obtenida en primer lugar de la familia y no de los profesionales de la salud, lo cual ha sido reportado anteriormente en Chile (21). Es importante mencionar que las creencias y muchas veces los conocimientos se heredan, es decir, son transmitidos por la familia inter-generacionalmente. También se sabe que a pesar de contar con los conocimientos correctos, es difícil aplicarlos a la vida cotidiana por la influencia familiar, cultural y por las dificultades a las que se enfrentan a la hora de querer cambiar ciertos hábitos y costumbres (22). Es muy relevante que la orientación alimentaria se extienda también a la familia, por la influencia que tienen sobre la gestante. Los medios de comunicación pueden ser utilizados para difundir mensajes sencillos con información correcta para la promoción de un estilo de vida saludable para toda la población.

Se sabe que para llevar una dieta correcta es necesario realizar mínimo 3 comidas y 2 colaciones (23). Casi una tercera parte de las embarazadas omitió un tiempo de comida, similar con lo encontrado en otros estudios (24,25). La omisión de algún tiempo de comida, en especial durante el embarazo, puede tener efectos adversos, ya que el ayuno priva al feto de los nutrientes necesarios para su formación y puede llegar a ocurrir reducción del crecimiento y trastornos en el desarrollo intelectual del feto (26). Además, el consumo de los 3 grupos de alimentos no fue constante. Durante el embarazo es necesario cuidar el consumo de calcio. El 72% de las mujeres refirieron consumir

menos de 2 vasos de leche al día, que aunado al consumo de otros tipos de alimentos permitiría cubrir el requerimiento. Sin embargo, no se contó con la información que permitiera conocer si era entera, semidescremada o descremada, lo cual es relevante por el alto contenido de grasas saturadas en los lácteos enteros. En nuestro país se ha documentado que las bebidas aportan una quinta parte de la energía total provenientes principalmente de bebidas azucaradas (refrescos, jugos, leche entera y alcohol) (27). Es importante mencionar que es este estudio no se encontró una diferencia entre el consumo de bebidas azucaradas entre mujeres con peso normal y mujeres con sobrepeso u obesidad como se ha reportado con anterioridad (28), pero sí la mitad de las mujeres reportaron consumir diariamente jugos y/o refrescos. Cabe resaltar que seis de cada 10 mujeres tiene un consumo menor o igual a un litro de agua simple por día, por lo tanto no cubrieron la ingestión recomendada de dos litros/día (29), ni la sugerida para población mexicana de tres litros en embarazadas adultas (30).

Una gran proporción de gestantes reportaron comer fuera de casa, lo que corrobora que las personas que viven en zonas urbanas y en especial la zona centro del país, comen fuera de casa (31). El comer fuera de casa puede ser una desventaja por la falta de control en la preparación de los alimentos y porque muchas veces las opciones de alimentos que se ofrecen no son las más saludables.

La principal limitante de esta investigación es que fue un estudio descriptivo, donde no se evaluó ninguna estrategia educativa ni intervención de ningún tipo. La finalidad fue explorar qué factores afectan las prácticas alimentarias de un grupo de gestantes. El sesgo puede ser un problema, ya que por el deseo de la mujer para complacer a la encuestadora con la respuesta esperada, o bien, por creer que pudiera recibir alguna llamada de atención por no proceder de manera adecuada sobre sus prácticas alimentarias. En segundo lugar, que el IMC pregestacional, fue evaluado a través del autoreporte, aún cuando existe controversia al respecto, es decir, algunos autores tienen objeción a dicha información (32,33), sin embargo, se puede utilizar en la práctica epidemiológica como un aproximado del peso medido o real (34,35), aún cuando refieren que la estatura se sobreestima y el peso se subestima en mujeres jóvenes y adultas (36,37,38, 39) y que la falta de confiabilidad en los datos se incrementa con la edad de las gestantes. (40)

Conclusiones

La obesidad es un problema prevalente en el embarazo. La falta de orientación resulta en prácticas alimentarias inadecuadas, posiblemente por falta de información o que la información obtenida no siempre es la correcta. Es recomendable y necesario crear equipos multidisciplinarios (nutriólogo, enfermera, médico, psicólogo, entre otros profesionales de la salud) que se encarguen de diseñar y evaluar programas educativos con estrategias específicas que tomen en cuenta las necesidades de las mujeres en materia de salud, alimentación y estilo de vida, antes, durante y después del embarazo.

Agradecimiento

Nuestra gratitud al Dr. Francisco Cabral Castañeda, Jefe de la Consulta Externa del Instituto Nacional de Perinatología, por su apoyo incondicional para la realización de este estudio.

Resumen

Identificar y describir factores socioculturales y del entorno que afectan las prácticas alimentarias de un grupo de gestantes mexicanas con y sin sobrepeso u obesidad. Estudio transversal descriptivo realizado en Instituto Nacional de Perinatología durante el 2009. Se invitó a embarazadas asistentes a control prenatal y se dividieron en dos grupos: gestantes con peso normal y con sobrepeso u obesidad. A todas se aplicó una encuesta para identificar autopercepción del peso y alimentación, preferencias de alimentos, creencias y fuentes de información. Se calcularon medidas de dispersión y tendencia central, χ^2 de Pearson y T de Student. Participaron 301 gestantes. Las mayores de 30 años con sobrepeso u obesidad tuvieron mayor inconformidad con su peso corporal que las de IMC normal (42 vs 14%, p=0.001). El 34% de las gestantes practicó algún tratamiento para bajar de peso antes del embarazo. Una mayor proporción de participantes con peso normal reportó tener una alimentación buena o excelente

comparadas con las de sobrepeso u obesidad (61% vs 39%, p=0.004) independientemente del nivel socioeconómico. La mayoría de las gestantes (95-97%) consideraron el sobrepeso u obesidad como factor de riesgo para presentar alguna co-morbilidad. La información sobre dietas y alimentación en todas las participantes se obtuvo principalmente de la familia (14% p=0.022). El 88% de las gestantes reportaron una influencia positiva de su pareja y/o madre. El 30% de las embarazadas omitieron un tiempo de comida de dos a tres veces por semana, y no consumieron los tres grupos de alimentos en forma constante. La falta de voluntad y de poder adquisitivo para la compra de ciertos alimentos fueron limitantes para una alimentación correcta. La obesidad es un problema prevalente en el embarazo. La falta de orientación resulta en prácticas alimentarias inadecuadas, posiblemente por falta de información o a que la información obtenida no siempre es la correcta. Es indispensable establecer estrategias educativas para brindar información veraz, tomando en cuenta el contexto de las mujeres, así como a sus familias.

Palabras clave: Embarazo, obesidad, creencias, prácticas alimentarias

Abstract

Identify and describe sociocultural and environmental factors affecting feeding practices in a group of Mexican pregnant women with and without obesity. Descriptive cross-sectional study conducted at the National Institute of Perinatology during 2009. Pregnant women who attend antenatal care were invited to participate and were divided into two groups: pregnant women with normal weight and overweight or obese. A survey was applied in all women in order to identify the self-perception of their weight and diet, food preferences, beliefs and sources of information. Measures of dispersion and central tendency (Pearson's X² and T-Student) were calculated. A total of 301 pregnant women participate in this study. Overweight or obese women over 30 years were more dissatisfied with their actual weight than those with normal weight (42 vs 14%, p = 0.001). 34% of pregnant women underwent a loss weight treatment before pregnancy. A greater proportion of women with normal weight reported having a good or excellent diet compared with overweight or obese women (61% vs 39%, p = 0.004) regardless of socioeconomic status. Most pregnant women (95-97%) considered overweight or obesity as a risk factor for presenting comorbidities. The information about diet and nutrition was mainly obtained from the family (14% p = 0.022). A positive influence of their mother/partner was observed in 88% of pregnant women. One third of the women skipped one meal time two to three times a week, and not always consumed foods from the three main food groups. The lack of will and money to purchase certain foods limited the practice of good eating habits. Obesity is prevalent problem in pregnancy. Lack of nutrition education results in inappropriate feeding practices, possibly because of lack of information or because the information obtained is not always the correct. It is essential to establish educational strategies to provide truthful information, taking into account the context of women and their families.

Key words: pregnancy, obesity, beliefs, feeding practices

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud 2004. 57^a. Asamblea Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud,
2. Morin K., and L. Reilly. 2007. Caring for Obese Pregnant Women. AWHONN, the Association of Women'n Health, Obstetric and Neonatal Nurses. Vol. 6 No. 5:482-89.
3. Malik V.S., M.B. Schulze and F.B. Hu. 2006. Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. Am J Clin Nutr. Vol 84 No.2:274-88.
4. Rivera J., S. Barquera, F. Campirano, I. Campos, M. Safdie and V. Tovar. 2002 Epidemiological and nutritional transition in Mexico: rapid increase of non-communicable chronic diseases and obesity. Public Health Nutr. No. 5:113-22.

5. Cuevas L., T. Shamah, J. Rivera, L.B. Moreno, M.A. Ávila y A. J. Mendoza. Nutrición. En: Henry M, Lazcano E, Hernández B, Oropeza C, *et al.* 2007. Encuesta nacional de salud y nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Distrito Federal. México. Cuernavaca Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública 75-84pp
6. Saravanakumar K., S.G. Rao y M.M. Cooper. 2006. Obesidad y anestesia obstétrica. Journal of the Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. No. 61:36-48.
7. Siega-Riz A.M. and B. Laraia. 2006. The implications of maternal overweight and obesity on the course of pregnancy and birth outcomes. Matern Child Health J. No.10:153.56.
8. Contreras J. 2002. Necesidades, Gustos y Costumbres. Alfaomega, España. 85-109 pp.
9. Perichart O, M. Balas, E. Schiffman, M. Serrano y F. Vadillo. 2006. Impacto de la obesidad pregestacional en el estado nutricio de mujeres embarazadas de la Ciudad de México. Ginecol Obstet Mex. No.74:77-88.
10. World Health Organization. 1998. Obesity preventive and managing the global epidemiol. Report of a WHO consultation on obesity;1997, Geneve, Ginebra:Division of Noncommunicable Disease, Programme of Nutrition Family and Reproductive Health (WHO/NUT/NCD/98.1).
11. Morin K., and L. Reilly, *Op cit.*
12. Malik V.S, *et al*, *Op cit.*
13. Perichart O, *et al*, *Op cit.*
14. Hernández B., K. Peterson, A. Sobol, J. Rivera, J. Sepúlveda y M.A. Lezana. 1996. Sobre peso en mujeres de 12 a 49 años y niños menores de cinco años en México. Salud Pública Méx. Vol. 38 No.3:178-188.
15. Madrigal-Fritsch H, J. Irala-Estévez, M.A. Martínez-González, J. Kearney, N. Gibney y J.A. Matrínez-Hernández. 1999. Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. Salud Pública Mex Vol. 41No.6:479
16. Hernández, B. *et al*, *Op cit.*
17. Pérez Gil-Romo SE, L.A. Vega-García y G. Romero-Juárez. 2007. Prácticas alimentarias de mujeres rurales una nueva percepción del cuerpo. Salud Pública Méx. Vol. 49 No.1:52-62.
18. Villagómez-Ornelas P. 2006. Punto de partida, vulnerabilidad y potencialidades de los hogares en expansión. In: Procesos domésticos y vulnerabilidad. Perspectivas antropológicas de los hogares con oportunidades. [M. González de la Rocha, compiladora]. México: Publicaciones de la Casa de Chata. 226pp
19. Lomnitz L. 1975. Como viven los marginados. México: Ed. Siglo Veintiuno.
20. Calsada L, and P. Lozada-Santone. 2004. Perinatal health caress issues of mexican women. In: Transcultural aspects of perinatal health care. [M.N. Shah] United States of America: National Perinatal Association. 227-228pp
21. Romo ME, D. López, I. López, C. Morales y K. Alonso. 2005. En la búsqueda de creencias alimentarias a inicios del siglo XXI. Rev Chil Nutr. Vol. 32 No. 1: 60-65.
22. Contreras J, y M. García. 2006. Del dicho al hecho: las diferencias entre las normas y las prácticas alimentarias. In: Antropología y nutrición. [M. Bertrán, P. Arroyo.] México: Fundación Mexicana para la Salud Fondo Nestlé para la Nutrición, Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco. 55-62, 77,111pp
23. Secretaría de Salud 2005. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

24. Faneite P, C. Rivera, M. González, J. Faneite, R. Gómez, L. Álvarez y M. Linares. 2003. Estudio socioeconómico y alimentación en las embarazadas. Análisis médico integral. Rev Obstet Ginecol Venez. Vol. 63 No. 1:3-10.
25. Boullosa B. 2008. Salud y bienestar entre la población mexicana ¿Qué sabemos y qué hacemos? Cuadernos de Nutrición. Vol. 31 No.3: 84-87.
26. Braun JE. 2007. La nutrición durante el embarazo. En: Nutrición en las diferentes etapas de la vida. México [J.E. Braun] McGraw-Hill Interamericana. 80-113pp
27. Rivera AJ, O. Muñoz-Hernández, M. Rosas-Peralta, C.A. Aguilar-Salinas, B.M. Popkin y W.C. Willett. 2008. Consumo de bebidas para una vida saludable: recomendaciones para la población mexicana. Salud Pública Méx. Vol. 50 No.2: 172-191.
28. Malik VS, *et al*, *Op cit*
29. Rivera AJ, *et al*, *Op cit*
30. Sánchez-Castillo CP, P. López y E. Pichardo-Ontiveros. 2005. Agua. In Recomendaciones de Ingestión de Nutrimentos para la población mexicana. Bases fisiológicas [H. Bourges H, E. Casanueva, JL. Rosado]. México: Editorial Médica Panamericana. 189-190pp
31. Campos, R. y C. Penna. Consulta Mitofsky. Hábitos de alimentación y ejercicio 2008. [en línea] [fecha de acceso 26 de agosto de 2009] 2.52.156.225/Descargar.aspx?q=ArchivoEstudio&a=17
32. Rowland, M. 1990. Self-reported weight and height. Am J Clin Nutr Vol. 52, s/N :1125-33.
33. Hill A, and J. Roberts. Body mass index: a comparison between self-reported and measured height and weight. J Public Health Med 1998; Vol. 20:206-11.
34. Wada K, K. Tamakoshi, T. Tsunekawa, R. Otsuka, H. Zhang, C. Murata, N. Nagasawa, K. Matsushita, K. Sugiura, H. Yatsuya y H. Toyoshima. 2005. Validity of self-reported height and weight in a Japanese workplace population. Int J Obes. 29:1093-99.
35. Gondim M.R., M.E. D'Aquino and P.C. Brandão. 2006. Validity of self-reported weight and height: the Goiânia study, Brazil. Rev. Saúde Pública. Vol. 40. No. 6:1-8.
36. *Idem.*
37. Spencer E., P. Appleby, D. Gwyneth and T. Key. 2002. Validity of self-reported height and weight in 4808 EPIC-Oxford participants. Public Health Nutr. Vol 5:561-65.
38. Boström G. and F. Diderichsen. 1997. Socioeconomic differentials in misclassification of height, weight and body mass index based on questionnaire data. Int J Epidemiol. Vol.26:860-66.
39. Unikel-Santoncini C, R. Ocampo-Ortega y J. Zambrano-Ruiz. 2009. Exactitud del autorreporte de peso y talla en mujeres de 15 a 19 años del Estado de México. Salud pública Mex. Vol. 51. Nom. 3:194-201.
40. Rowland M. *Op, cit.*

